

PARA USO OFICIAL

NÚMERO DE CONTROL

FECHA DE RECIBO

DJ _____ SIJC _____
 NIE _____ OCVD _____

Gobierno de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE JUSTICIA
 P.O. Box 9020192
 San Juan, PR 00902-0192

SOLICITUD DE EMPLEO

PARA USO DEL DEPARTAMENTO

Nota Evaluación : _____
 Pref. Veterano : _____
 Nota Final : _____
 Desempeño : _____

DATOS PERSONALES

ESTE DEPARTAMENTO PROVEE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO

<p>1. Título del puesto que solicita según se anuncia en la convocatoria: _____</p> <p>2. Número de Seguro Social: <u>XXX-XX</u> - _____</p> <p>3. Nombre (Apellidos primero en letra de molde)</p> <p>_____</p> <p align="center">APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO</p> <p>_____</p> <p align="center">NOMBRE INICIAL (segundo nombre)</p>	<p>8. ¿Ha radicado para este puesto anteriormente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____</p> <p>9. PUEBLOS DONDE ACEPTARÍA EMPLEO: Indique pueblos donde ubique oficinas del Departamento de Justicia. _____</p> <p>10. Áreas de trabajo, indique preferencia (ABOGADOS SOLAMENTE) <input type="checkbox"/> Secretaría Auxiliar de lo Civil <input type="checkbox"/> Oficina del Procurador General <input type="checkbox"/> Oficina de la Jefa de los Fiscales <input type="checkbox"/> Secretaría Auxiliar de Asesoramiento <input type="checkbox"/> Oficina de Asuntos Monopolísticos <input type="checkbox"/> Secretaría Auxiliar Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Junta de Confiscaciones <input type="checkbox"/> División de Integridad Pública, Asuntos del Contralor y Delitos Económicos Promedio Académico del Juris: _____ Puntuación Reválida: _____</p>
<p>4. Dirección donde recibe la correspondencia: _____ _____ _____ _____ Zip Code _____</p>	<p>11. Algunos aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permite tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones. Indique si tiene algunas de las condiciones siguientes: <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Uso de sillas de ruedas <input type="checkbox"/> No vidente <input type="checkbox"/> Otras _____</p>
<p>5. Teléfonos donde podemos comunicarnos con usted:</p> <p>_____ Residencia _____ Trabajo</p> <p>_____ Celular Otro / Celular _____</p>	<p>12. PREFERENCIA DE VETERANOS: Para orientación, documentos y solicitud véase Información General en la carpeta de Convocatorias a Empleo.</p> <p>¿Es veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es veterano incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Veterano, ¿Tiene establecida la Preferencia de Veteranos en este Depto.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>6. Fecha y lugar de nacimiento: _____ / _____ / _____ _____ Día Mes Año Ciudad Estado o País</p>	
<p>7. Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p>	

PREPARACIÓN ACADÉMICA

13. Universidades, Escuelas o Vocacionales a las que haya asistido:

NOMBRE DE LA ESCUELA	LOCALIDAD	Desde	Hasta	Créditos Aprobados	¿Se graduó? Sí o No	Mes y Año de Graduación	Grado Obtenido	Asignatura Principal y Créditos
		Años Estudiados						
Elemental								
Superior								
Colegio o Universidad								
Otros								

14. Si estudió en instituciones fuera de Puerto Rico, indique dirección:
 15. Indique los créditos que tiene aprobados en materias relacionadas con el examen que solicita:
 16. Enumere solamente aquellos cursos o adiestramientos relacionados con el examen que solicita:

INSTITUCIÓN	TÍTULO DEL CURSO	DURACIÓN DEL CURSO

17. Licencias que posee para ejercer la profesión u oficio

Clase	Número	Fecha Expedida	Fecha Vecimiento

18. Licencia para conducir
 19. Número de Colegiación : _____ 20. Fecha de Admisión al Ejercicio de la Profesión: _____

21. Indique fecha en que fue admitido a ejercer la abogacía en:

<input type="checkbox"/> Tribunal Supremo de Puerto Rico	Día _____ Mes _____ Año _____
<input type="checkbox"/> Tribunal de Distrito de EE.UU. para el Distrito de Puerto Rico	Día _____ Mes _____ Año _____
<input type="checkbox"/> Tribunal de Apelaciones del Primer Circuito	Día _____ Mes _____ Año _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Supremo de EE.UU.	Día _____ Mes _____ Año _____

NO ESCRIBA ESTE ESPACIO

Acción Tomada: Aceptada Devuelta Denegada Técnico Evaluador: _____ Fecha: _____

RAZONES:
